

LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN CARCERE
ALCUNE RIFLESSIONI SULLO STATO DELL'ARTE
DEI PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI

PIETRO BUFFA*

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Alcune indicazioni metodologiche. – 3. I risultati. – 4. Conclusioni.

***Abstract** – Il contributo analizza lo stato dell'arte dei Protocolli stilati tra i Provveditorati dell'Amministrazione penitenziaria e i competenti Organi regionali, a seguito delle Linee di indirizzo per la riduzione del rischio suicidiario redatte dalla Conferenza unificata Stato, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. L'analisi ha preso in esame i Protocolli sottoscritti successivamente al giugno del 2012. Si è utilizzata una griglia di lettura fondata sulle specifiche indicazioni che l'O.M.S. ha divulgato nel 2007, peraltro adottate dalla stessa Conferenza unificata. I risultati evidenziano che, all'ottobre del 2014, il 70% dei detenuti era allocato in strutture detentive "coperte" da un Protocollo regionale ma solo il 16% era detenuto in un istituto dotato di un Protocollo operativo locale ispirato alle linee O.M.S. Al di là di questo emerge la scarsa dimestichezza con quelle indicazioni e un grado di innovazione scarsa e spesso solo nominale. Tra gli elementi che la ostacolano si citano la frammentazione organizzativa dalla quale dipende una divisione rigida delle competenze che genera, a sua volta, una problematica definizione delle responsabilità complicata da un quadro generale di risorse scarse. Da tutto questo consegue la necessità di una maggiore concreta integrazione, che superi l'attuale deriva formalistica, che costituirebbe l'unico, vero ed efficace cambiamento.*

* Direttore generale del Personale e delle risorse - DAP.

1. Premessa.

Obiettivo del presente studio è analizzare gli sforzi impressi per migliorare la capacità di prevenzione dei gesti suicidiari all'interno del sistema penitenziario italiano, secondo le indicazioni contenute nell'Accordo approvato il 19 gennaio 2012 dalla Conferenza unificata Stato-Regioni in materia di riduzione del rischio di autolesionismo e di suicidio dei detenuti e degli internati.

Come è noto in quella sede è stato previsto che l'Amministrazione penitenziaria nelle sue varie articolazioni provvedesse, congiuntamente con i rispettivi livelli organizzativi e gestionali del Servizio sanitario nazionale, ad elaborare dei protocolli d'intesa finalizzati a dare corpo ad un *sistema integrato di prevenzione*. Tale indicazione generale discende direttamente dalle linee guida dell'Organizzazione mondiale della Sanità che ha evidenziato come l'efficacia della prevenzione in questo settore presupponga e passi attraverso la predisposizione di un articolato, organico ed integrato programma d'interventi in grado di coprire vari aspetti, dallo *screening* d'ingresso alle modalità di addestramento del personale, dalle modalità di osservazione dopo l'ingresso al trattamento dei tentativi di suicidio, dalla comunicazione all'interno e tra le organizzazioni coinvolte alla gestione dell'evento suicidio ed altro ancora.

Sino alle indicazioni della Conferenza unificata, fatte proprie dall'Amministrazione penitenziaria nel giugno del 2012¹, il sistema di prevenzione, impostato con varie direttive interne, è stato frutto di un lungo percorso iniziato a partire dagli anni '80². È stato un processo che, partendo da una impostazione che focalizzava la sua attenzione ai primi momenti della detenzione e ad alcune precise categorie di persone ritenute a rischio da affidare alle cure di alcuni operatori specializzati e ad una attenzione custodiale costante, si è via via evoluto. Con il tempo, infatti, si è compreso che il comportamento in questione non si concentrava solamente nelle fasi iniziali della carcerazione ma riguardava l'intero periodo e che ai fattori esogeni occorreva affiancare anche l'incidenza negativa di quelli

¹ Circolare D.A.P. n. 3683/6088 del 19 giugno 2012 – Direzione generale Detenuti e Trattamento – Uff. IV Servizi sanitari.

² Per il dettaglio si veda BUFFA P., "Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa", in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, XV, gennaio – aprile 2012, pp. 12-26.

endogeni, propri del contesto detentivo e delle relazioni che vi si instaurano. Questo ha fatto sì che, dal 2000 in poi, si sia via via sviluppata la consapevolezza della necessità di prevedere un lavoro multiprofessionale ed integrato, giungendo anche ad ipotizzare il coinvolgimento degli stessi detenuti. Dal 2007 ad oggi, in concomitanza con le prime fasi prodromiche al passaggio del sistema sanitario penitenziario a quello nazionale, si è fatto sempre più pressante il richiamo alla necessità di coinvolgere le Aziende sanitarie locali.

L'Accordo della Conferenza unificata segna uno spartiacque. Lo fa nella misura in cui, partendo da questa storia e dall'accumulazione di accordi disposizioni e prassi pregresse, chiede di progredire verso una evoluzione caratterizzata dall'integrazione e la sinergia tra due Amministrazioni diverse, quella penitenziaria e quella della salute, rispetto ad un obiettivo comune. Tale finalità è riassumibile nel miglioramento della capacità istituzionale di individuare precocemente il disagio e nella messa in atto di misure di contenimento del rischio al fine di giungere ad una diminuzione dei comportamenti autolesivi e dei suicidi da parte delle persone soggette ad una misura detentiva. Tutto questo si inserisce nel più ampio quadro della riforma della sanità penitenziaria spiccatamente orientata al più generale obiettivo della tutela della salute dei detenuti e, quasi contemporaneamente, in un contesto detentivo interessato da un processo di cambiamento importante riassumibile nel tentativo di umanizzare la vita coatta.

A tal proposito è stato fatto notare come l'obiettivo di tutelare la salute, di per sé, può assumere una importante funzione umanizzante nella misura in cui, secondo l'ormai nota definizione dell'O.M.S., la salute corrisponde al benessere e non solo all'assenza di malattia. Questo coerentemente significa dire che la ricerca del benessere non può che comportare la modifica di prassi penitenziarie disattente alle esigenze dell'uomo in carcere³. In questo filone si inserisce anche il processo qui descritto.

2. Alcune indicazioni metodologiche.

Le fonti documentali dello studio sono stati i vari Protocolli sottoscritti dai Provveditorati regionali dell'Amministrazione

³ GONELLA P., *Carceri: i confini della dignità*, Jaka Book, Milano, 2014.

penitenziaria e le Regioni successivamente al giugno del 2012, oltre che i conseguenti Protocolli locali sottoscritti dalle Direzioni degli istituti penali e le Direzioni generali delle Aziende sanitarie di riferimento.

Lo studio è stato condotto attraverso *l'analisi del contenuto* dei testi. Data la grande eterogeneità del materiale a disposizione⁴ è stato necessario dotarsi di una griglia di lettura che è corrisposta ad una serie di *item* dedotti dal testo delle linee guida dell'O.M.S. In particolare si è voluto accertare quale fosse la *finalità del documento* sottoscritto in ogni sede e verificare la trattazione di alcune aree tematiche che caratterizzano le suddette linee guida. In tal senso si è ritenuto opportuno rilevare la *previsione di un programma di prevenzione locale* che dettagliasse le previsioni generali stipulate a livello regionale, così come quelle di una fase di *sperimentazione* e il *monitoraggio* dell'implementazione degli accordi intercorsi con la sottoscrizione dei protocolli.

Si è ritenuto importante comprendere se risultassero anche previsioni in ordine alla necessità di *favorire la comunicazione e lo scambio di informazioni tra il personale sanitario e quello penitenziario* in questo specifico ambito, così come si è ritenuto di dover accertare la presenza di previsioni riferite alla necessità di *favorire la collaborazione con gli enti socio-sanitari esterni*. L'O.M.S. ha anche sottolineato che un programma di prevenzione dovrebbe tenere in debita considerazione la *trasparenza delle regole interne all'istituto penitenziario* e quindi anche questo *item* è stato oggetto della nostra analisi.

Sul piano degli interventi più direttamente rivolti alle persone in difficoltà le raccomandazioni internazionali che dovrebbero essere riportate sui protocolli esaminati riguardano il *passaggio da una approccio che sottende la ricerca di soggetti/gruppi a rischio ad uno attento alle situazioni a rischio*, l'implementazione dello *screening sistematico dei detenuti all'ingresso* ma anche le misure ritenute più opportune per *favorire l'osservazione dopo l'ingresso ad intervalli regolari e ogni volta che cambiano le condizioni di detenzione*, la *personalizzazione del trattamento e il contrasto delle pratiche deresponsabiliz-*

⁴ Una parte del materiale è stato messo disposizione dall'Ufficio IV – Servizio sanitario, della Direzione generale Detenuti e Trattamento, in particolare grazie alla grande disponibilità della Dr.ssa Paola Montesanti. La restante parte è stata richiesta direttamente ai vari Provveditorati dal Vice Capo Vicario.

zanti che umiliano le persone ritenute a rischio suicidiario che vi sono soggette.

Questo introduce una serie di previsioni di maggior dettaglio quali la necessità di *definire il quadro dei protocolli clinici di diagnosi e cura, il potenziamento dell'offerta trattamentale e dell'attenzione agli spazi, dell'affettività e dell'ascolto anche da parte di figure professionali e volontarie diverse da quelle deputate alla cura.* In tal senso la previsione dell'*inserimento di peer supporter* amplia la possibilità d'intervento. Sul piano del regime da destinare alle persone a rischio sono da segnalare le previsioni finalizzate al *potenziamento delle opportunità ambientali e la sostituzione delle pratiche di mera sorveglianza con altre tese al sostegno.* Si ritiene opportuno adottare *procedure di accoglienza che consentano di attenuare il trauma derivante dalla privazione della libertà, definire le modalità di alloggiamento evitando o limitando il ricorso all'isolamento, il restringimento degli spazi e la spogliazione di oggetti di uso corrente,* in modo da evitare che le misure di cautela si tramutino in provvedimenti peggiorativi dell'equilibrio psicofisico della persona.

Le indicazioni internazionali, infine, raccomandano di prevedere *protocolli operativi per affrontare l'urgenza* in caso di tentativi suicidiari e di curare due aspetti fondamentali quali il *debriefing,* al fine di riflettere *post facto* per migliorare il programma di prevenzione, e la *formazione integrata e l'aggiornamento del personale penitenziario e sanitario* coinvolto.

Occorre aggiungere che, come già accennato, nelle more dell'implementazione dei protocolli l'Amministrazione ha adottato quelle misure compensative indicate dal Comitato per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa e richiamate dalla Corte europea dei diritti dell'uomo. Tali misure prevedono un cambiamento nel *regime detentivo,* caratterizzato da una maggiore libertà di movimento grazie anche all'apertura prolungata delle camere di pernottamento, e non possono non avere riflessi anche sulle modalità di gestione della delicata materia in esame. Per questo motivo si è ritenuto importante verificare se di questo aspetto si fosse tenuto conto nello stilare i programmi in esame.

Considerato che la semplice elencazione della presenza o assenza delle varie previsioni dell'O.M.S. non consente di esprimere una valutazione sull'efficacia dei protocolli stessi si sono costruiti alcuni *indicatori sintetici* raggruppando gli *item* descritti in aree tematiche secondo il criterio dell'omogeneità e della perti-

nenza. In tal senso è possibile definire l'*innovatività* del protocollo laddove le azioni che prospetta si collochino non tanto sulla selezione di categorie di soggetti considerati a rischio quanto, viceversa, sulle situazioni di rischio che le persone possono trovarsi a vivere; la *propensione al lavoro integrato* è desunta dalla presenza delle azioni volte a dettagliare un programma locale, rendere trasparenti le regole interne dell'istituto, definire gli interventi clinici, prevedere protocolli per gli interventi d'urgenza, coinvolgere personale di varie professionalità oltre che il volontariato e la comunità nel potenziamento delle attività mirate a migliorare la qualità della vita interna, coinvolgere altri detenuti nella rete di attenzione e supporto, prevedere incontri di *debriefing* post eventi al fine di acquisire dati utili al miglioramento delle procedure, favorire la comunicazione trasversale tra le varie figure coinvolte nelle attività e la collaborazione tra l'interno e gli enti socio-sanitari esterni, prevedere iniziative formative integrate; l'*effettività*, ovvero la stima della portata prospettica della sua concreta attuazione, è desunta dalla combinazione delle previsioni in ordine alla sua sperimentazione e al suo monitoraggio; la *coerenza operativa* con il modello dell'O.M.S. è, viceversa, desumibile dalla personalizzazione del trattamento e il contrasto alle pratiche umilianti, il potenziamento delle opportunità ambientali e la sostituzione delle tradizionali attività di sorveglianza con attività di sostegno, l'implementazione dello *screening* all'ingresso per tutti i detenuti e procedure di osservazione nel corso di tutta la carcerazione in particolare quando si verificano cambiamenti delle condizioni di detenzione, l'adozione di modalità di accoglienza finalizzate alla riduzione degli effetti traumatici determinati dall'ingresso in carcere, la definizione e l'implementazione di modalità di alloggiamento delle persone a rischio che evitino o limitino l'isolamento e la spoliatura di oggetti di uso corrente al fine di ridurre o annullare l'effetto di depersonalizzazione che queste pratiche comportano, la definizione di protocolli clinici e di protocolli trattamentali tesi a migliorare l'offerta trattamentale, l'attenzione, l'ascolto, l'affettività delle persone in questione, attraverso l'integrazione trasversale delle varie figure professionali, volontarie sino a coinvolgere gli stessi compagni di detenzione, lo studio e l'implementazione di procedure certe da applicare in caso di urgenze determinate da comportamenti suicidari. In ultimo e solamente per quanto riguarda i protocolli locali si è valutata l'*immediata ed efficace applicabilità* degli stessi ponendosi nell'ottica dell'o-

peratore chiamatone all'applicazione. Inoltre ogni protocollo regionale o locale sono stati valutati sulla base di una scala ponderata che tenesse proporzionalmente conto dell'effettiva previsione degli *item* su descritti nelle varie aree tematiche⁵.

Collateralmente all'analisi dei protocolli si sono anche analizzate le disposizioni di servizio interne di una parte degli istituti che non risultavano dotati del documento congiunto. In questo caso l'esame è stato finalizzato a comprendere se le disposizioni unilaterali dell'Amministrazione penitenziaria fossero o meno ispirate al documento d'indirizzo della Conferenza unificata Stato-Regioni.

3. I risultati.

Al 1° ottobre 2014 sono risultati essere stati stipulati tredici protocolli tra i Provveditorati regionali e le relative Regioni⁶. Temporalmente le stipule sono intercorse tra la fine di settembre del 2012 e il luglio del 2014. Una particolarità riguarda la Toscana che ha anticipato le indicazioni della Conferenza unificata e del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria dotandosi di un protocollo già nell'ottobre del 2011⁷.

⁵ In particolare l'innovatività, l'immediata ed efficace applicabilità dei protocolli e la circostanza che gli stessi abbiano tenuto conto del fatto che il *regime interno* si caratterizza ormai per la possibilità di muoversi più liberamente per almeno otto ore al giorno sono stati valutati in termini di soddisfazione o meno dell'unico *item* previsto. L'effettività progettuale è stata graduata su tre livelli, alta, media e nulla, laddove si sia riscontrata la soddisfazione, rispettivamente di tutte e due, uno o nessuno degli *item* di riferimento. La *propensione al lavoro integrato* e la *coerenza con le linee dell'O.M.S.* sono state graduate anch'esse su tre livelli, alta, media e bassa. Si è definito alto il grado di questi due *item* in presenza di almeno 7 dei dieci *item*, medio in un *range* compreso tra i 5 e i 6 *item* e basso al di sotto dei 5.

⁶ Non risultano stipulati i protocolli relativi alle Regioni Sardegna, Sicilia, Umbria, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Lazio e quelli relativi alle Provincie autonome di Trento e Bolzano.

⁷ Nel dettaglio le stipule sono intercorse nelle seguenti date: per la Toscana in data 3 ottobre 2011, quello della Puglia il 28 settembre 2012, quello dell'Abruzzo il 17 dicembre 2012, quello del solo Veneto il 24 dicembre 2012, quello della Campania dal 10 gennaio 2013, quello delle Marche il 22 luglio 2013, quello del Molise il 26 agosto 2013, quello della Lombardia l'11 ottobre 2013, quello della Calabria il 18 ottobre 2013, quello della Liguria il 3 giugno 2014 e quello dell'Emilia Romagna il 15 luglio 2014. Per quanto riguarda il Piemonte e la Basilicata non si è in grado di indicare la data della stipula.

Queste prime osservazioni consentono di evidenziare che, rispetto alla popolazione detenuta al 31 ottobre 2014, che som-
mava 54.207 unità⁸, ben 16.094, pari al 29,7% del totale, era
ristretta in istituti situati in distretti non coperti da un protocollo
operativo anche solo di natura generale⁹. Detto questo l'analisi è
proseguita con la valutazione dei protocolli esistenti (TABELLA 1).

TABELLA 1
GRADO DI EFFICACIA FORMALE DEI PROGRAMMI
PER REGIONE ED INDICATORE SINTETICO

REGIONE	Propensione all'innovazione	Effettività progettuale	Propensione al lavoro integrato	Coerenza linee O.M.S.
Marche	Si	Alta	Alta	Alta
Puglia	No	Media	Alta	Bassa
Emilia Romagna	Si	Alta	Alta	Alta
Calabria	Si	Alta	Bassa	Bassa
Toscana	No	Media	Media	Bassa
Liguria	Si	Media	Bassa	Media
Lombardia	Si	Media	Bassa	Media
Campania	Si	Alta	Media	Bassa
Veneto	Si	Media	Media	Bassa
Molise	No	Nulla	Media	Bassa
Abruzzo	No	Nulla	Media	Alta
Basilicata	Si	Media	Bassa	Media
Piemonte	Si	Media	Alta	Alta
Sardegna	-	-	-	-
Sicilia	-	-	-	-
Umbria	-	-	-	-
Lazio	-	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-
Prov. A. Trento	-	-	-	-
Prov. A. Bolzano	-	-	-	-

Fonte: nostra elaborazione

⁸ Fonte D.A.P. – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del Sistema informativo automatizzato statistica ed automazione di supporto dipartimentale – Sezione statistica, pubblicato su www.giustizia.it.

⁹ Ci si riferisce alle Regioni Sardegna, Sicilia, Umbria, Lazio, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Il grado di *efficacia formale* dei programmi in questione, desunto dalla presenza ed incidenza degli indicatori sintetici ricavati secondo i parametri riportati nella nota metodologica, è risultato alto o medio-alto in tre regioni le cui presenze all'interno degli istituti di pena assommano a 7.386 unità, pari al 13,6% del totale¹⁰.

La restante parte dei distretti è risultata dotata di programmi generali con efficacia formale valutabile come bassa o medio-bassa e la popolazione ivi ristretta è pari a 30.727 unità, pari al 56,7% del totale nazionale.

È da segnalare che, salvo un accenno implicito in uno dei protocolli, in tutti i programmi non si sono rilevate particolari indicazioni rispetto alle modificazioni intercorse nel regime penitenziario a seguito delle condanne Cedu con l'introduzione di misure compensative tra le quali l'apertura per almeno otto ore delle stanze di pernottamento. Già solo questa misura, per la maggiore mobilità dei detenuti che determina, mette indubbiamente in crisi le modalità di controllo diretto che per prassi hanno costituito la principale modalità di prevenzione custodiale. Nonostante ciò la questione non rileva nelle architetture programmatiche regionali esaminate. In via ipotetica è probabile che questo sia dipeso dalla difficoltà di coordinare la concomitanza dell'implementazione delle innovazioni e della quasi contestuale elaborazione dei suddetti protocolli.

Si è altresì esaminata la *coerenza* interna dei vari protocolli partendo dal presupposto che gli indicatori scelti stiano tra loro in base ad una relazione logica. In tal senso la coerenza dei programmi con le linee guida dell'O.M.S. presuppone la propensione all'innovazione (TABELLA 2).

Da questo punto di vista i protocolli si possono dividere in quattro gruppi. Il primo che esprime una *innovazione coerente* nel senso che all'affermazione della necessità di un cambiamento di ottica, che trasli da azioni tese alla selezione di categorie di soggetti considerati a rischio ad azioni atte ad individuare le situazioni di rischio che le persone possono trovarsi a vivere, corrisponde una medio-alta corrispondenza con le azioni previste dall'O.M.S. In altri tre distretti si è registrata una *innovazione mancata* data dalla corrispondenza tra l'assenza di contenuti

¹⁰ Ci si riferisce alle Regioni Marche, Piemonte ed Emilia Romagna.

TABELLA 2
**MODELLO DI COERENZA TRA LA PROPENSIONE ALL'INNOVAZIONE
 E IL GRADO DI ADESIONE ALLE LINEE GUIDA O.M.S.**

	GRADO DI ADESIONE ALLE LINEE GUIDA O.M.S.	
Propensione all'innovazione	<i>Innovazione coerente</i> alta propensione / alto grado adesione Marche, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Basilicata, Piemonte	<i>Innovazione anomica</i> alta propensione / basso grado adesione Calabria, Campania, Veneto
	<i>Innovazione nominale</i> bassa propensione / alto grado adesione Abruzzo	<i>Innovazione mancata</i> bassa propensione / basso grado adesione Puglia, Toscana, Molise
Fonte: nostra elaborazione		

innovativi e una bassa coerenza con le indicazioni dell'O.M.S. Un terzo insieme raggruppa tutti quei programmi che vedono una *incoerenza* tra la dichiarazione di innovazione e il grado di allineamento delle azioni previste dalle suddette linee guida internazionali. L'insieme si divide tra quelle Regioni che si sono dotate di programmi in cui l'*innovazione* è *anomica* in quanto ad una dichiarazione di adesione al modello situazionale non corrisponde un grado rilevante e coerente di adesione alle azioni evidenziate dall'O.M.S., e le Regioni in cui si riscontra il disegno opposto, altrettanto incoerente, nell'ambito del quale a fronte di una attenzione ai soggetti rientranti in predefinite categorie di rischio si prevede l'elencazione di azioni tipicamente O.M.S. in questi casi si può parlare di una mera *innovazione nominale*.

La seconda relazione esaminata è stata quella tra il grado di adesione alle linee guida internazionali e le modalità di lavoro, con particolare riguardo alla propensione al lavoro integrato. Quest'ultima variabile può ritenersi uno tra gli elementi fondamentali per la riuscita di un vero programma di prevenzione in ragione dell'attenzione diffusa e della circolarità di informazioni

che questo richiede. L'esame condotto evidenzia (TABELLA 3) che solamente in tre Regioni si è riscontrata un'associazione di alto profilo che potremmo definire di *innovazione integrata*.

TABELLA 3
**MODELLO DI COERENZA
 TRA LA PROPENSIONE AL LAVORO INTEGRATO
 E IL GRADO DI ADESIONE ALLE LINEE GUIDA O.M.S.**

	GRADO DI ADESIONE ALLE LINEE GUIDA O.M.S.	
Propensione al lavoro integrato	<i>Innovazione integrata</i> alta propensione / alto grado adesione Marche, Emilia Romagna, Piemonte	<i>Tradizione integrata</i> alta propensione / basso grado adesione Puglia
	<i>Adesione nominale</i> bassa propensione / alto grado adesione Abruzzo	<i>Tradizione immutata</i> bassa propensione / basso grado adesione Calabria, Toscana, Molise, Liguria, Lombardia, Campania, Veneto, Basilicata
Fonte: nostra elaborazione		

Per converso la maggior parte delle Regioni hanno adottato programmi caratterizzati da modalità più tradizionali rispetto alle metodologie proposte a livello internazionale in ambiti professionali e d'intervento meno integrati. In questi casi siamo al cospetto di protocolli a *tradizione immutata*, ovvero che continuano a procedere secondo le prassi in uso.

Si sono inoltre rilevate due singole situazioni regionali diametralmente opposte. La prima che vede la coesistenza di alta propensione al lavoro integrato associata, tuttavia, a scarsa adesione alle linee internazionali. Si tratta di una combinazione che potremmo definire a *tradizione integrata*, potenzialmente in grado di migliorare il lavoro integrato nell'ambito di un modello d'intervento tradizionale.

Nel secondo caso ci si trova al cospetto di un programma che prospetta una elevata adesione alle linee O.M.S. senza che questo sia accompagnata da un'adeguata propensione al lavoro integrato.

In tal caso siamo di fronte ad una *adesione nominale* di non semplice gestione.

Approfondendo i contenuti dei vari programmi si è in grado di verificare in che misura, complessivamente, le linee guida dell'O.M.S. hanno trovato corrispondenza sia in tema di lavoro integrato che rispetto alle azioni sostanziali d'intervento.

Sul primo punto (TABELLA 4) tutti i programmi hanno riservato spazio alle azioni atte a migliorare la comunicazione e lo scambio di informazioni tra i vari gruppi professionali coinvolti rispetto ai casi a rischio. Con incidenza di poco inferiore (11 casi) si rileva l'importanza data alle azioni tese a favorire la collaborazione interistituzionale tra gli istituti penitenziari e gli Enti sanitari e sociali del territorio.

TABELLA 4
GRADO DI INCIDENZA COMPLESSIVAMENTE RILEVATA
DELLE SINGOLE VOCI PREVISTE DALL'O.M.S.
IN MATERIA DI LAVORO INTEGRATO

AZIONE	FREQUENZA	INCIDENZA %
Si prevedono azioni atte a migliorare la comunicazione e lo scambio di informazioni interprofessionale rispetto ai casi a rischio	13	100,0
Si prevedono azioni formative specifiche e di aggiornamento interprofessionale in materia di prevenzione del suicidio	12	92,3
Si prevede di favorire la collaborazione tra l'istituto penitenziario e gli enti sanitari e sociali del territorio	11	84,6
Si prevede il debriefing post facto	10	76,9
Si prevedono azioni finalizzate alla trasparenza delle regole interne	8	61,5
Si prevede di potenziare l'offerta di opportunità trattamentali in termini di attenzione, ascolto ed affettività integrando il lavoro di tutte le professionalità presenti	8	61,5
Si prevedono programmi di prevenzione locale negli istituti penitenziari dipendenti	4	30,7
Si prevede la definizione di protocolli clinici d'intervento	4	30,7
Si prevede l'impiego di peer supporter	4	30,7
Si prevede di definire protocolli per affrontare l'urgenza nei casi di tentato suicidio	2	15,4
<i>Fonte: nostra elaborazione</i>		

La necessità di processi di formazione interprofessionale risulta la seconda azione in ordine di importanza (12 casi) e la necessità di aumentare le concrete azioni di ascolto e di attenzione attraverso un contributo che si vuole vasto ed interprofessionale riguarda oltre la metà dei programmi esaminati (8 casi). Questi

primi quattro *item* lasciano intravedere la consapevolezza di dover lavorare sull'integrazione interprofessionale. Probabilmente questo corrisponde ad una esigenza particolarmente sentita a distanza di pochi anni dal passaggio delle competenze sanitarie dal Ministero della Giustizia al Sistema sanitario nazionale e, come vedremo analizzando i protocolli locali, in particolare dalle direzioni penitenziarie alle Aziende sanitarie competenti territorialmente.

Importante è l'incidenza, superiore ai due terzi dell'insieme dei protocolli (10 casi), della previsione di modalità di rilettura *post facto*, in caso di eventi suicidiari.

Altre azioni che concretizzerebbero l'obiettivo dell'integrazione risultano inserite in misura meno importante. Ci si riferisce, in particolare, alle azioni finalizzate alla conoscenza delle regole interne agli istituti (8 casi) e, in misura ancor minore, alla definizione di protocolli clinici ed operativi per affrontare le urgenze (rispettivamente 4 e 2 casi).

Tali marginalità si accostano alla marcata mancata previsione di programmi operativi locali che possano dettagliare, nel concreto di ogni sede, le linee generali stabilite a livello di accordo regionale (4 casi).

Si vuole altresì ricordare che, ad eccezione di un caso, nessuno dei protocolli regionali esaminati prende compiutamente in esame la modificazione intervenuta rispetto al regime interno a seguito delle condanne della Cedu.

È anche rilevante notare come la partecipazione della componente detenuta ad una ipotetica rete dell'attenzione e del sostegno sia prevista in misura residuale (4 casi).

Entrando nel merito della metodologia d'intervento (TABELLA 5) gli *item* previsti dalle linee guida internazionali e maggiormente richiamati nei programmi riguardano le azioni di *screening* e monitoraggio sia al momento dell'ingresso, che si propone nella totalità dei casi, che nel corso dell'intera detenzione e ogni qualvolta ci si trovi di fronte ad un cambiamento delle condizioni detentive che viene anch'esso sempre previsto ad eccezione che in un caso (12 casi).

A fronte di ciò, tuttavia, solamente in poco più di un terzo dei programmi si prevedono procedure di accoglienza finalizzate ad attenuare gli effetti potenzialmente traumatici legati alla privazione della libertà (5 casi) e i protocolli clinici sono previsti in poco meno di un terzo dei programmi esaminati (4 casi).

TABELLA 5
GRADO DI INCIDENZA COMPLESSIVAMENTE RILEVATA
DELLE SINGOLE VOCI PREVISTE DALL'O.M.S.
IN MATERIA DI TRATTAMENTO DELLE PERSONE
CON PROGNOSE DI RISCHIO SUICIDIARIO

AZIONE	FREQUENZA	INCIDENZA %
Si prevede l'implementazione dello screening sistematico dei detenuti all'ingresso	13	100,0
Si prevedono procedure di periodica e regolare osservazione durante l'intero corso della detenzione e ogni qualvolta cambino le condizioni detentive	12	92,3
Si prevede il potenziamento delle opportunità ambientali ad integrazione o sostituzione delle tradizionali attività di più grande sorveglianza custodiale	8	61,5
Si prevede di potenziare l'offerta di opportunità trattamentali in termini di attenzione, ascolto ed affettività integrando il lavoro di tutte le professionalità presenti	8	61,5
Si prevedono modalità di alloggiamento che limitino o evitino il ricorso a pratiche di isolamento e spoliatura di oggetti di uso corrente	6	46,1
Si prevede la personalizzazione del trattamento e il contrasto delle pratiche deresponsabilizzanti che umiliano le persone detenute	5	38,4
Si prevedono procedure di accoglienza finalizzate ad attenuare gli effetti potenzialmente traumatici legati alla privazione della libertà	5	38,4
Si prevedono protocolli clinici specifici d'intervento	4	30,7
Si prevede l'impiego di peer supporters	4	30,7
Si prevedono protocolli specifici che definiscano compiutamente gli interventi d'urgenza da porre in essere per affrontare adeguatamente un tentativo di suicidio	2	15,4
<i>Fonte: nostra elaborazione</i>		

In oltre la metà dei casi si prevede il potenziamento di opportunità ambientali in modo da integrare o sostituire le prassi finalizzate ad una maggiore attenzione custodiale in caso di prognosi di rischio (8 casi) ma in poco meno della metà dei programmi analizzati si fa espresso riferimento a modalità di alloggiamento e gestione che limitino o evitino il ricorso a pratiche di isolamento e/o spoliatura di oggetti di uso corrente ritenuti pericolosi (6 casi). Solamente in due programmi si prevedono protocolli specifici che definiscano compiutamente gli interventi d'urgenza da porre in essere per affrontare adeguatamente un tentativo di suicidio.

Sempre in poco meno della metà degli atti esaminati si prevede la personalizzazione del trattamento e il contrasto delle pra-

tiche deresponsabilizzanti che umiliano le persone detenute ritenute a rischio (5 casi).

Queste contraddizioni rimarcano la difficoltà di passare dai più generali intendimenti all'individuazione concreta delle azioni necessarie e mal depongono per una concreta volontà di tradurre operativamente le indicazioni generali.

Come già accennato l'analisi è quindi proseguita con l'approfondimento di tutti i protocolli locali redatti congiuntamente dalle direzioni penitenziarie e dalle Aziende sanitarie competenti territorialmente e stipulati dopo quelli regionali. Sono giunti alla nostra attenzione 33 di tali documenti che, alla data del 28 febbraio 2015¹¹, risultano essere gli unici redatti. Gli istituti interessati rappresentano il 16,4% del totale degli istituti penitenziari attivi sul territorio nazionale e il numero dei detenuti ivi ristretti erano pari a 7.992 corrispondenti al 16,0% dell'intera popolazione detenuta¹².

Come anticipato nella nota metodologica l'analisi ha anche preso in considerazione le disposizioni interne di altri 32 istituti che non risultano essere dotati di un protocollo congiunto. Tali disposizioni, dal punto di vista dell'efficacia, peccano innanzitutto sul fatto che sono datate. In 24 casi si tratta, infatti, di disposizioni anteriori alle indicazioni della Conferenza unificata Stato-Regioni del gennaio 2012 che, quindi, non ne possono aver recepito il senso e la portata.

Analizzandone il contenuto si evidenziano ambiti d'intervento, strumenti e procedure tipicamente previste dalle circolari del D.A.P. precedenti e a cavallo della riforma della Sanità penitenziaria. In particolare si tratta delle questioni legate all'accoglienza dei nuovi giunti e all'implementazione dello staff multidisciplinare.

Grande spazio viene dato alle modalità di custodia attraverso la previsione di procedure ad attenzione incrementata secondo le modalità della grande e massima sorveglianza.

In generale si tratta di disposizioni largamente incardinate in prassi consolidate e slegate dal modello O.M.S., in molte circostanze caratterizzate da un modello formalistico con scarsa possibilità di una concretizzazione effettivamente efficace.

¹¹ È la data alla quale è iniziato l'esame dei protocolli locali.

¹² Alla data del 28 febbraio 2015 risultavano attivi 201 istituti penitenziari per un totale di 49.895 detenuti ristretti (Fonte D.A.P. – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del Sistema informativo automatizzato – Sezione statistica).

In tutti i modi tali disposizioni, ad eccezione di due, recano in calce esclusivamente la firma del direttore dell'istituto, segno evidente di una mancata condivisione dell'atto e delle responsabilità connesse. In questi casi viene evidentemente meno, o quantomeno si limita notevolmente, quell'integrazione operativa e quella circolazione di informazioni che l'O.M.S. pone al centro dell'azione preventiva.

Tornando all'analisi del contenuto dei protocolli locali si è proceduto utilizzando la griglia di lettura impiegata per quelli regionali. Rispetto al grado di *efficacia formale* dei vari programmi desunta dalla previsione e dall'incidenza delle varie azioni previste dall'inventario dell'O.M.S., il quadro appare molto variegato (TABELLA 6).

TABELLA 6
GRADO DI EFFICACIA FORMALE DEI PROGRAMMI LOCALI
PER ISTITUTO ED INDICATORE SINTETICO

ISTITUTO	INNOVATIVITÀ	EFFETTIVITÀ	PROPENSIONE AL LAVORO INTEGRATO	COERENZA CON IL MODELLO O.M.S.	OPERATIVITÀ	CELLE APERTE
Firenze G.	No	Media	Media	Media	No	No
Siena	Si	Nulla	Alta	Alta	Si	No
Pistoia	Si	Nulla	Alta	Alta	Si	No
Volterra	Si	Nulla	Alta	Alta	Si	No
Firenze Sollicciano	Si	Nulla	Alta	Alta	Si	No
Lucca	Si	Nulla	Alta	Alta	Si	No
Prato	No	Media	Bassa	Alta	No	No
Massa Carrara	Si	Nulla	Alta	Alta	Si	No
Massa Marittima	Si	Nulla	Bassa	Alta	Si	No
Grosseto	Si	Nulla	Bassa	Alta	Si	No
San Gimignano	Si	Nulla	Media	Alta	Si	No
Cuneo	Si	Alta	Bassa	Alta	Si	Si
Alessandria C. G.	Si	Nulla	Media	Bassa	Si	No
Ascoli Piceno	Si	Nulla	Media	Media	Si	No
Treviso	Si	Nulla	Bassa	Bassa	No	No
Fermo	Si	Nulla	Media	Alta	Si	No
Ancona B.	Si	Nulla	Bassa	Nulla	Si	No
Ancona M.	Si	Media	Bassa	Alta	Si	No
Pesaro	Si	Nulla	Bassa	Alta	Si	No
Trani	No	Nulla	Bassa	Bassa	Si	No
Turi	Si	Alta	Alta	Media	Si	No
Taranto	Si	Alta	Alta	Alta	Si	No
Lucera	Si	Nulla	Bassa	Bassa	No	No
Brindisi	Si	Nulla	Bassa	Bassa	Si	No
Foggia	Si	Nulla	Bassa	Bassa	No	No
Bari	Si	Alta	Media	Bassa	Si	No
Altamura	Si	Media	Media	Bassa	Si	No
Sulmona	Si	Nulla	Bassa	Media	No	No
Cremona	No	Nulla	Bassa	Bassa	No	No
Piacenza	Si	Nulla	Bassa	Alta	Si	No
Reggio Emilia	Si	Nulla	Bassa	Alta	Si	Si
Ferrara	Si	Alta	Alta	Alta	Si	No
Rimini	Si	Alta	Media	Alta	Si	Si

Fonte: nostra elaborazione

La quasi totalità dei documenti (29 su 33) riconosce esplicitamente che le azioni di prevenzione debbano prendere in considerazione non tanto alcune categorie di persone ritenute aprioristicamente a rischio quanto anche le situazioni di rischio che fanno da cornice ai drammi che si vogliono prevenire.

Ci si è posti la domanda se per la linearità dell'architettura dell'insieme delle azioni previste dai vari programmi, la loro chiarezza e il livello di dettaglio, essi potessero ritenersi *immediatamente applicabili*. Immaginando di doverli personalmente applicare nella concreta quotidianità penitenziaria si è valutato che 26 programmi su 33 rispondessero positivamente al quesito, fatto salvo che solamente 3 hanno espressamente preso in considerazione il fatto che attualmente gran parte dei detenuti vivono con un regime detentivo che prevede una maggiore libertà di movimento per buona parte della giornata. Il cosiddetto regime a "celle aperte" imporrebbe, infatti, modalità di prevenzione ben più articolate che la sorveglianza di una persona rinchiusa in una cella o in un'area di passeggio.

Sul piano della *coerenza delle azioni previste nei programmi rispetto a quelle previste nel modello O.M.S.*, in 19 casi questa è stata valutata alta, contro 9 casi caratterizzati da una bassa coerenza e 4 casi che sono stati valutati con un giudizio mediano tra queste due posizioni. In un caso non si è riscontrata nessuna coerenza.

La *propensione al lavoro integrato* è risultata alta in soli 9 casi e bassa in altri 16 casi. In una posizione mediana si sono collocati altri 8 dei protocolli analizzati.

Sul piano dell'*effettività progettuale*, intesa come quell'insieme di azioni tese a sperimentare e monitorare l'andamento progettuale, solamente 6 programmi hanno previsto azioni afferenti ad entrambi gli ambiti, altri 4 ne prevedevano in ragione di uno dei due e nei restanti 23 casi non si sono riscontrate nessuna delle azioni possibili.

È l'incrocio dei risultati appena riportati che ci consente di affinare maggiormente l'analisi. Come già operato con i protocolli regionali il primo confronto che proponiamo è quello tra l'impostazione situazionistica e il grado di adesione alle linee guida dell'O.M.S.¹³.

¹³ Si veda nota 6.

In questo modo si individuano 22 protocolli che vanno verso una innovazione coerente, 8 una innovazione anomica e i restanti 4 programmi locali si ripartiscono equamente tra modelli di innovazione meramente nominale o assente (TABELLA 7). I dati sembrerebbero dar conto di una situazione orientata decisamente ad una innovazione coerente proporzionalmente maggiore a quella rilevata nei protocolli regionali che temporalmente hanno preceduto quelli locali.

TABELLA 7
**MODELLO DI COERENZA
 TRA LA PROPENSIONE ALL'INNOVAZIONE
 E IL GRADO DI ADESIONE ALLE LINEE GUIDA O.M.S.**

	GRADO DI ADESIONE ALLE LINEE GUIDA O.M.S.	
Propensione all'innovazione	<i>Innovazione corente</i> alta propensione / alto grado adesione 22	<i>Innovazione anomica</i> alta propensione / basso grado adesione 8
	<i>Innovazione nominale</i> bassa propensione / alto grado adesione 2	<i>Mancata innovazione</i> bassa propensione / basso grado adesione 2
<i>Fonte: nostra elaborazione</i>		

Tuttavia se si incrociano i dati relativi al grado di propensione al lavoro integrato e quelli dell'adesione all'inventario delle azioni preventive previste dall'O.M.S. (TABELLA 8), si ottiene un quadro diverso. Infatti, partendo dal presupposto che l'attenzione diffusa, il coinvolgimento interprofessionale e un efficace sistema di comunicazione siano essenziali per dare concretezza al modello operativo, si valuta che solo 8 istituti si sono dotati di uno strumento che contempla in modo significativamente alto entrambe le cose. In un caso la proposta porta ad una maggiore integrazione di azioni tradizionali. La maggior parte delle sedi locali ha, vice-

TABELLA 8
**MODELLO DI COERENZA
 TRA LA PROPENSIONE AL LAVORO INTEGRATO
 E IL GRADO DI ADESIONE ALLE LINEE GUIDA O.M.S.**

	GRADO DI ADESIONE ALLE LINEE GUIDA O.M.S.	
Propensione al lavoro integrato	<i>Innovazione integrata</i> alta propensione / alto grado adesione 8	<i>Tradizione integrata</i> alta propensione / basso grado adesione 1
	<i>Adesione nominale</i> bassa propensione / alto grado adesione 11	<i>Tradizione immutata</i> bassa propensione / basso grado adesione 13
<i>Fonte: nostra elaborazione</i>		

versa, adottato programmi che sostanzialmente ricalcano modalità tradizionali a bassa integrazione professionale (13 casi) oppure a procedure solo nominalmente in linea con il nuovo indirizzo generale (11 casi).

Il confronto con l'analogo approfondimento condotto sui protocolli regionali evidenzia una ripartizione leggermente diversa.

In entrambi i casi all'incirca solo un quarto dei protocolli si sono posizionati nell'area *dell'innovazione integrata* ma se a livello regionale la maggior parte dei programmi si è collocata nel filone della *tradizione immutata*, a livello locale tale insieme si è spezzato in due tronconi, suddividendosi tra questo ambito e quello *dell'adesione meramente nominale*. Tale slittamento potrebbe essere segno di un processo, seppur ancora solo in termini di meri intenti, di aumento di consapevolezza.

Nel dettaglio si è esaminata l'incidenza complessivamente data ad ognuna delle azioni preventive prescritte come essenziali dall'O.M.S. (TABELLA 9). La prima cosa che balza all'occhio è che la frequenza con la quale le singole voci sono state inserite nei vari programmi non è mai stata pari al totale di questi ultimi. L'implementazione dello *screening sistematico all'ingresso* in isti-

TABELLA 9
GRADO DI INCIDENZA COMPLESSIVAMENTE RILEVATA
NEI PROTOCOLLI LOCALI DELLE SINGOLE VOCI
PREVISTE DALL'O.M.S. IN MATERIA DI TRATTAMENTO
DELLE PERSONE CON PROGNOSI DI RISCHIO SUICIDIARIO

AZIONE	FREQUENZA	INCIDENZA %
Si prevede l'implementazione dello screening sistematico dei detenuti all'ingresso	32	97,0
Si prevedono procedure di periodica e regolare osservazione durante l'intero corso della detenzione e ogni qualvolta cambino le condizioni detentive	24	72,7
Si prevede il potenziamento delle opportunità ambientali ad integrazione o sostituzione delle tradizionali attività di più grande sorveglianza custodiale	23	69,7
Si prevedono modalità di alloggiamento che limitino o evitino il ricorso a pratiche di isolamento e spoliatura di oggetti di uso corrente	23	69,7
Si prevede di potenziare l'offerta di opportunità trattamentali in termini di attenzione, ascolto ed affettività integrando il lavoro di tutte le professionalità presenti	21	63,6
Si prevedono protocolli clinici specifici d'intervento	20	60,6
Si prevedono procedure di accoglienza finalizzate ad attenuare gli effetti potenzialmente traumatici legati alla privazione della libertà	19	57,6
Si prevede la personalizzazione del trattamento e il contrasto delle pratiche deresponsabilizzanti che umiliano le persone detenute	18	54,5
Si prevede l'impiego di peer supporters	16	48,5
Si prevedono protocolli specifici che definiscano compiutamente gli interventi d'emergenza da porre in essere per affrontare adeguatamente un tentativo di suicidio	8	24,2
<i>Fonte: nostra elaborazione</i>		

tuto è stato previsto in 32 dei 33 programmi locali. Seguono, in ordine di importanza, le procedure di *periodica osservazione nell'arco della detenzione* (24 casi). Il *potenziamento di opportunità ambientali* in modo da integrare o decisamente sostituire le prassi di sorveglianza custodiale generalmente applicate sino ad oggi si ritrova in poco meno del 70% dei protocolli (23 casi). Analogamente la stessa proporzione si ripropone anche per *nuove modalità di alloggiamento* che limitino o evitino le pratiche di isolamento e di spoliatura di beni di uso corrente che utili in un certo verso si rivelano umilianti per le persone che ne sono soggette. Poco meno ricorrente è il *potenziamento dell'attenzione, dell'ascolto e della cura dell'affettività*. Un potenziamento che si deve fondare sul lavoro integrato di tutte le professionalità presenti. Tali previsioni

si sono registrate in 21 casi, all'incirca come per la necessità di prevedere specifici *protocolli clinici d'intervento* (20 casi). Interessante è il fatto che, a fronte di una pressoché totale adesione allo *screening* all'ingresso, solamente 19 programmi considerano la necessità di prevedere *procedure di accoglienza finalizzate ad attenuare gli effetti traumatici dell'ingresso in carcere*. All'incirca nella stessa misura (18 casi) si prevedono *procedure personalizzate di trattamento* nei confronti delle persone considerate a rischio che tengano in debito conto la necessità di limitare pratiche umilianti nei loro confronti.

L'impiego di *peer supporters* viene previsto in poco meno della metà dei protocolli (16 casi) e solamente in 8 casi vengono previsti compiuti *protocolli che regolino gli interventi d'urgenza per affrontare i tentativi di suicidio*.

Si è ritenuto interessante comparare la priorità, ricavata dall'incidenza della loro previsione, data alle varie azioni rilevate a livello regionale e a livello locale (TABELLA 10) rilevando una sostanziale sovrapposibilità tra i due modelli.

Considerata l'importanza del lavoro integrato si è presa in esame l'incidenza che complessivamente è stata riconosciuta nei protocolli locali ad ognuna delle azioni che l'O.M.S. indica in tal senso come necessarie (TABELLA 11). Tutti i protocolli prevedono azioni di *miglioramento della comunicazione e lo scambio di informazioni interprofessionale* ma questa è anche l'unica voce che viene costantemente presa in considerazione. Subito dopo si registrano 21 casi in cui i protocolli contemplano la necessità di un *potenziamento dell'attenzione, dell'ascolto e dell'affettività attraverso il lavoro integrato interprofessionale*. In 20 protocolli si prevedono *forme di collaborazione tra l'istituto penitenziario e gli enti socio-sanitari esterni*. Nella stessa proporzione si prevede la necessità di definire *protocolli clinici per orientare le azioni preventive*. La *formazione interprofessionale* viene prevista nella metà dei protocolli (17 casi) così come al di sotto di tale soglia si pongono azioni quali il *debriefing* successivo agli eventi suicidiari e l'impiego di *peer supporters* (16 casi). Molto più rare sono le *azioni finalizzate a rendere più accessibili e trasparenti le regole interne* (9 casi) e la definizione di *protocolli per gestire gli interventi in urgenza* in caso di tentativo di suicidio (8 casi).

Anche in questo caso si sono comparate le priorità individuate a livello regionale rispetto a quelle locali (TABELLA 12).

TABELLA 10
GRADO DI INCIDENZA COMPLESSIVAMENTE RILEVATA
DELLE SINGOLE VOCI PREVISTE DALL'O.M.S.
IN MATERIA DI TRATTAMENTO DELLE PERSONE
CON PROGNOSI DI RISCHIO SUICIDIARIO

PROTOCOLLI REGIONALI	Grado di priorità	PROTOCOLLI LOCALI
<i>Azione</i>		<i>Azione</i>
Si prevede l'implementazione dello screening sistematico dei detenuti all'ingresso	1	Si prevede l'implementazione dello screening sistematico dei detenuti all'ingresso
Si prevedono procedure di periodica e regolare osservazione durante l'intero corso della detenzione e ogni qualvolta cambino le condizioni detentive	2	Si prevedono procedure di periodica e regolare osservazione durante l'intero corso della detenzione e ogni qualvolta che cambiano le condizioni detentive
Si prevede il potenziamento delle opportunità ambientali ad integrazione o sostituzione delle tradizionali attività di più grande sorveglianza custodiale	3	Si prevede il potenziamento delle opportunità ambientali ad integrazione o sostituzione delle tradizionali attività di più grande sorveglianza custodiale
Si prevede di potenziare l'offerta di opportunità trattamentali in termini di attenzione, ascolto ed affettività integrando il lavoro di tutte le professionalità presenti	3	Si prevedono modalità di alloggiamento che limitino o evitino il ricorso a pratiche di isolamento e spoliazione di oggetti di uso corrente
Si prevedono modalità di alloggiamento che limitino o evitino il ricorso a pratiche di isolamento e spoliazione di oggetti di uso corrente	4	Si prevede di potenziare l'offerta di opportunità trattamentali in termini di attenzione, ascolto ed affettività integrando il lavoro di tutte le professionalità presenti
Si prevede la personalizzazione del trattamento e il contrasto delle pratiche deresponsabilizzanti che umiliano le persone detenute	5	Si prevedono protocolli clinici specifici d'intervento
Si prevedono procedure di accoglienza finalizzate ad attenuare gli effetti potenzialmente traumatici legati alla privazione della libertà	5	
Si prevedono protocolli clinici specifici d'intervento	6	Si prevedono procedure di accoglienza finalizzate ad attenuare gli effetti potenzialmente traumatici legati alla privazione della libertà
Si prevede l'impiego di peer supporters	6	
Si prevedono protocolli specifici che definiscano compiutamente gli interventi d'urgenza da porre in essere per affrontare adeguatamente un tentativo di suicidio	7	Si prevede la personalizzazione del trattamento e il contrasto delle pratiche deresponsabilizzanti che umiliano le persone detenute
	8	Si prevede l'impiego di peer supporters
	9	Si prevedono protocolli specifici che definiscano compiutamente gli interventi d'urgenza da porre in essere per affrontare adeguatamente un tentativo di suicidio

Fonte: nostra elaborazione

A differenza che nel caso del modello di prevenzione, nel caso del modello di lavoro integrato si scoprono differenze anche di rilievo. In particolare a livello locale il potenziamento dell'attenzione, dell'ascolto e la cura dell'affettività tramite un impegno più integrato ed interprofessionale, così come la definizione di proto-

TABELLA 11
GRADO DI INCIDENZA COMPLESSIVAMENTE RILEVATA
NEI PROTOCOLLI LOCALI DELLE SINGOLE VOCI
PREVISTE DALL'O.M.S. IN MATERIA DI LAVORO INTEGRATO

AZIONE	FREQUENZA	INCIDENZA %
Si prevedono azioni atte a migliorare la comunicazione e lo scambio di informazioni interprofessionale rispetto ai casi a rischio	33	100,0
Si prevede di potenziare l'offerta di opportunità trattamentali in termini di attenzione, ascolto ed affettività integrando il lavoro di tutte le professionalità presenti	21	63,6
Si prevede di favorire la collaborazione tra l'istituto penitenziario e gli enti sanitari e sociali del territorio	20	60,6
Si prevede la definizione di protocolli clinici d'intervento	20	60,6
Si prevedono azioni formative specifiche e di aggiornamento interprofessionale in materia di prevenzione del suicidio	17	51,5
Si prevede il debriefing post facto	16	48,5
Si prevede l'impiego di peer supporters	16	48,5
Si prevedono azioni finalizzate alla trasparenza delle regole interne	9	27,3
Si prevede di definire protocolli per affrontare l'urgenza nei casi di tentato suicidio	8	24,2
<i>Fonte: nostra elaborazione</i>		

colli clinici di diagnosi ed intervento e il *debriefing* post suicidi assumono un'importanza maggiore nelle scelte protocollari rispetto a quelle regionali. Per contro in queste ultime la formazione degli operatori ha un peso superiore che a livello locale.

Due le analogie secche. La prima l'importanza assoluta che ad entrambi i livelli viene data al miglioramento delle comunicazioni e dello scambio di informazioni interprofessionali e, all'opposto, la scarsa attenzione alla definizione di protocolli per gestire le urgenze in caso di tentativo di suicidio.

4. Conclusioni.

È abbastanza evidente il fatto che, a distanza di tre anni dalle indicazioni della Conferenza unificata Stato-Regioni, solamente il 16% dell'intera popolazione detenuta è ristretta in istituti dotati di protocolli di prevenzione ispirati alle linee guida O.M.S. che hanno ispirato i lavori della stessa Conferenza. Un ulteriore 13% circa è detenuta in istituti ricompresi in Provveditorati regionali che hanno firmato accordi programmatici con le corrispondenti

TABELLA 12
COMPARAZIONE DEL GRADO DI PRIORITÀ
CONFERITO A LIVELLO REGIONALE E LOCALE
DELLE SINGOLE VOCI PREVISTE DALL'O.M.S.
IN MATERIA DI LAVORO INTEGRATO

PROTOCOLLI REGIONALI	Grado di priorità	PROTOCOLLI LOCALI
<i>Azione</i>		<i>Azione</i>
Si prevedono azioni atte a migliorare la comunicazione e lo scambio di informazioni interprofessionale rispetto ai casi a rischio	1	Si prevedono azioni atte a migliorare la comunicazione e lo scambio di informazioni interprofessionale rispetto ai casi a rischio
Si prevedono azioni formative specifiche e di aggiornamento interprofessionale in materia di prevenzione del suicidio	2	Si prevede di potenziare l'offerta di opportunità trattamentali in termini di attenzione, ascolto ed affettività integrando il lavoro di tutte le professionalità presenti
Si prevede di favorire la collaborazione tra l'istituto penitenziario e gli enti sanitari e sociali del territorio	3	Si prevede la definizione di protocolli clinici d'intervento
	3	Si prevede di favorire la collaborazione tra l'istituto penitenziario e gli enti sanitari e sociali del territorio
Si prevede il debriefing post facto	4	Si prevedono azioni formative specifiche e di aggiornamento interprofessionale in materia di prevenzione del suicidio
Si prevedono azioni finalizzate alla trasparenza delle regole interne	5	Si prevede il debriefing post facto
	5	Si prevede l'impiego di peer supporters
Si prevede di potenziare l'offerta di opportunità trattamentali in termini di attenzione, ascolto ed affettività integrando il lavoro di tutte le professionalità presenti	6	Si prevedono azioni finalizzate alla trasparenza delle regole interne
Si prevede la definizione di protocolli clinici d'intervento	7	Si prevede di definire protocolli per affrontare l'urgenza nei casi di tentato suicidio
Si prevede l'impiego di peer supporter	8	
Si prevede di definire protocolli per affrontare l'urgenza nei casi di tentato suicidio	9	
<i>Fonte: nostra elaborazione</i>		

Regioni. In questi territori o non è stata prevista la declinazione operativa locale o, al momento della ricerca, non si era ancora giunti all'accordo locale.

In tutti i casi protocolli appaiono tra loro eterogenei e con gradi di aderenza alle suddette linee guida molto variabili. Incompletezza e difformità derivano da una serie di motivi che qui proveremo ad ipotizzare.

La scarsa dimestichezza con le previsioni dell'O.M.S. pare emergere con una certa chiarezza. Anche laddove si compie il massimo dello sforzo e si giunge a stipulare un protocollo operativo locale risulta essere fortemente minoritaria la quota di accordi

che riescono a prevedere azioni significativamente congrue dal punto di vista del modello O.M.S. Prevale, viceversa, un orientamento verso pratiche sostanzialmente immutate o al più solo nominalmente innovative.

È opportuno ricordare che il tema trattato e il confronto interistituzionale è avvenuto successivamente alla riforma della Sanità penitenziaria e al passaggio di competenza al Sistema sanitario nazionale. Questo non è un particolare di secondaria importanza rispetto alla dinamica che ha infine determinato i punti di mediazione cristallizzati negli accordi.

La riforma in questione ha slatentizzato diverse derive ed effetti legati a quattro elementi tra loro connessi. Il primo fa riferimento alla *frammentazione organizzativa* che si è generata nel momento in cui una importante funzione quale quella sanitaria è stata gestita dalle Aziende sanitarie locali all'interno di organizzazioni penitenziarie. Questo ha significato affrontare, a livello regionale ma soprattutto a livello locale, una defatigante sequela di puntualizzazioni rispetto al secondo dei quattro elementi citati, ovvero le *competenze* e gli spazi di reciproca agibilità tecnica ed organizzativa a queste connesse.

Il tema della prevenzione delle condotte suicidiarie si presta meglio di altri ad esarcebare tale difficoltà per la complessa interconnessione tra attenzione, diagnosi, cura, sostegno e cautele. D'altra parte gli altri due elementi, ovvero le *responsabilità* e le *risorse* a disposizione, complicano ulteriormente qualunque tentativo di giungere ad un accordo operativo.

Può succedere, quindi, che da un lato la componente sanitaria rivendichi la competenza diagnostica e di cura ma declini la responsabilità di provvedere o addirittura indicare le misure di cautela necessarie atte ad impedire il passaggio all'atto delle persone a rischio. Allo stesso tempo può accadere che la componente penitenziaria ritenga che anche queste ultime azioni rientrino nelle responsabilità dell'ambito sanitario. Si è già avuto modo di definire questo modo di percepire ed affrontare la questione come una vera e propria *trappola delle competenze*¹⁴ per sottolineare l'em-

¹⁴ Abbiamo già utilizzato tale metafora in BUFFA P. "Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa", op. cit., 2012, mutuandola da LIPPI A., MORISI M., *Scienza dell'Amministrazione*, Il Mulino, Bologna, 2005.

passé e le distorsioni che si possono generare. Il dibattito sul punto, infatti, può giungere a pericolose quanto paralizzanti radicalizzazioni facilitate dalla reciproca e diffusa consapevolezza delle responsabilità che si possono generare al momento della morte di una delle persone a rischio.

La trasversale necessità di far fronte all'ordinarietà ma soprattutto all'emergenza con risorse date può ulteriormente irrigidire il confronto nel timore delle parti di dover sopperire alle carenze altrui con le proprie rimanendo in tal modo esposti alle su citate responsabilità.

Rileggendo i dati desunti dall'analisi crediamo di scorgere tutti questi elementi. Ribadiamo, infatti, la percezione di un aumento della consapevolezza della necessità di prevedere azioni atte a realizzare l'integrazione interprofessionale, segno del bisogno di affrontare quelle difficoltà testé riportate. Non a caso forte è il richiamo, soprattutto a livello regionale, alla necessità di implementare processi formativi interprofessionali.

Peraltro dalla lettura dei programmi redatti sembra assodato il passaggio da un'ottica soggettiva ad una situazionale del fenomeno visto non più come connesso esclusivamente a fragilità personali ma contestualizzato in un ambiente che può assumere connotazioni facilitanti il passaggio all'atto.

Si evidenzia altresì la tendenza nel tempo ad affinare sempre più la redazione dei protocolli. Lo si nota dal fatto che tra i protocolli regionali gli ultimi tra quelli elaborati paiono più articolati, approfonditi e coerenti con il modello O.M.S. e, ancora, nel passaggio dal livello regionale a quello locale testimonia di una ulteriore evoluzione nei termini anzidetti. Si tratta evidentemente di un incremento tecnico-culturale facilitato e stimolato dalle soluzioni adottate nel tempo.

Tuttavia a fronte di tutto ciò si segnala la difficoltà di passare concretamente dalle modalità preventive più tradizionali a quelle più evolute previste dall'O.M.S. Non è un caso se tra le azioni meno prese in considerazione nei documenti analizzati, quindi meno sviluppate operativamente, si ritrovano i protocolli da utilizzare in urgenza in caso di tentativo di suicidio, i protocolli clinici per la diagnosi e per la gestione del caso, il *debriefing*, l'impiego dei *peer supporters*, le procedure di accoglienza e di trattamento orientate a limitare pratiche umilianti e deresponsabilizzanti. È opportuno sottolineare che esattamente lo sviluppo di

questi ambiti operativi costituisce il vero cambiamento che, allo stato e nelle situazioni già più virtuose, paiono ancora appena abbozzate. Basti pensare che, come già accennato, non si tiene praticamente in nessun conto del fatto che negli ultimi due anni il regime detentivo della maggioranza dei detenuti si sia modificato in termini di maggiore mobilità e che questo dovrebbe essere considerato in un programma di prevenzione suicidiaria.

In conclusione si può affermare che molto rimane da fare. In particolare occorre rilanciare la predisposizione dei protocolli regionali ancora da elaborare prescrivendo, laddove ancora questo non è stato fatto, l'obbligatorietà di prevedere la necessità di protocolli di dettaglio locale.

Per altro verso sembra opportuno fare ciò che non si è fatto nell'immediatezza delle indicazioni della Conferenza unificata Stato-Regioni del 2012 ovvero indirizzare a tutte le sedi un modello programmatico di riferimento in modo da poter affrontare le trattative con le Amministrazioni sanitarie in modo meno frammentato e casuale.

Tutto il processo ha necessità di un costante monitoraggio finalizzato non solo a garantire la realizzazione degli accordi formali quanto l'aggiornamento dei contenuti attraverso le esperienze condotte, le difficoltà e le soluzioni adottate nel procedere quotidiano.

Tali conoscenze potranno essere veicolate e diffuse non solo e non tanto attraverso circolari descrittive quanto attraverso processi formativi interprofessionali.

